

 	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
		Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas

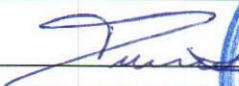
Institución: Hospital Regional Jose Maria Cabral y Baez **Fecha:** 2/10/2024
Responsable: Division de Recursos Humanos **Correo Electrónico:** rchavez@hospitalcabralybaez.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Inteligencia Emocional	Enero	Logrado	
2	Integridad y Transparencia en el area Laboral	Enero	Logrado	
3	Cultura Organizacional	Febrero	Logrado	
4	Seguridad Fisica	Febrero	Logrado	
5	Tecnicas de Hotelerias	Febrero	Logrado	
6	Manejo de Quejas y Conflictos	Marzo	Logrado	
7	Inteligencia Emocional	Marzo	Logrado	
8	Etiqueta e Imagen Personal	Abril	Logrado	
9	Humanizacion de los Servicios	Abril	Logrado	
10	Manejo de Almacen	Mayo	Logrado	
11	Manejo de Inventario	Mayo	Logrado	
12	Reuniones Afectivas	Junio	Logrado	
13	Humanizacion de los Servicios	Junio	Logrado	Esta actividad se ejecuto en el mes de junio aunque corresponde al tercer trimestre, por disponibilidad del facilitador.
14	Camarista de Piso	Julio	Logrado	
15	Prevencion de Accidentes	Julio	Logrado	
16	Violencia de Genero	Agosto	Logrado	
17	Manejo del Tiempo	Agosto	Logrado	
18	Induccion a la Administracion Publica Nivel III	Septiembre		
19	Etica Profesional	Octubre		
20	Actualizacion de Ortografia	Noviembre		
21	Prevencion de Incendios	Diciembre		

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
21

Programas Logrados
17

% de avance
81


 Licda. Isabel A. Díaz García
 Firma y Sello



Nombre de la Actividad: **HRUJMCB 3.2.1.1.01 Ejecucion Plan de Capacitacion SRS 2024 (Camarita de Piso)**

 Área Responsable: **Division De Recursos Humanos**

 Fecha: **4/7/2024**

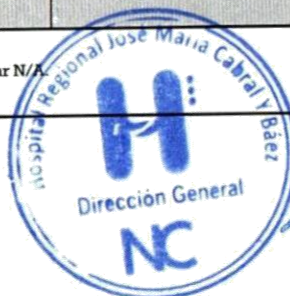
 Modalidad de la Reunión: **Virtual** ☐ **Presencial** ☒

 Hora: **10:00 A.M. Hasta 12:00. P.M.**

 Lugar/Plataforma: **Salon De Capacitaciones Area Administrativa Hospital Cabral y Baez**

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
maric del Carmen sr	F	031-05047483	Superviso	La Casina	maric del Carmen sr	829-580-3433
Margarita Antigua	F	031-0108183-8	Secretaria	Lavandería	Margarita Antigua	829-580-3433
Mario Patricio	F	031-0413741-5	Costo-ra	Costo-ra	Mario P	
Adriana Patricia Escobedo	F	031-0279101-3	Coordinador	Coordinador	Adriana Patricia Escobedo	
José Luis Korga	M	0310048206-0	Enc	Lavandería	José Luis Korga	829-621-8089
Wilman H. Montero	M	402-13084706	Enc	Costo-ra	Wilman H. Montero	809-318-8118
Adriana Jones	F	031-0339636-6	Sup	Mayordomía	Adriana Jones	829-654-1655
Ana Mabel Alba Torres	F	402-0895638	Farmacéutica	Farmacia de cirugía	Ana Mabel Alba Torres	809-359-4297
Lorena Patricia Velez	F	031-0196017-1	Enc	Secretaría de esp.	Lorena Patricia Velez	809-975-7879
Lorena H. Nipomuceno		031-0345413-2	Sec.	Contabilidad (Eco)	Lorena H. Nipomuceno	829-552-3340
Lorena Holguin	F	402-26305382	Enc	Terminia	Lorena Holguin	849-642-9948
Alondra Castillo S	F	402-293888-3	Sup.	Certificación	Alondra Castillo S	809-409-2116
Wendy Martin Abreu	M	031-0556748-5	Superd.	Recursos humanos	Wendy Martin Abreu	829-522-5542
Rosy Chery	F	402-1143129-7	Analista RRHH	Recursos Humanos	Rosy Chery	849-925-9362

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
 - Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Código de la Acción de Capacitación: 20241007836

Nombre de la Acción de Capacitación: CAMARISTA DE PISO

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 04/07/2024

Fecha de Término: 04/07/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

Comen Hil. Bot. 50

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	40208956538	ANA MABEL ALBA TORRES	X		X		And					X	
2	03105075992	ANA YUDELKA CAPELLAN	X		X		Ana					X	
3	03101219826	MONICA ANTONIA CEPEDA	X		X		Monica					X	
4	03102251505	PORFIRIA JACQUELIN CEPIN	X		X		Porfiria					X	
5	03102791013	SOBEIDA SOCORRO CERDA	X		X		Sobeida					X	
6	40211431297	ROSY YAMILEX CHAVEZ SILVERIO	X		X		Rosy					X	
7	40226365282	LAURA MASSIEL HOLGUIN BAUTISTA	X			X	Laura					X	
8	03103396366	AWILDA CARILUZ JIMENEZ BRUNO	X			X	Awilda					X	
9	03101081838	MARGARITA MARIA LANTIGUA MERCADO	X		X		Margarita					X	
10	40213084706	WILMAN ALBERTO MONTERO DE LOS SANTOS		X	X		Wilman					X	
11	03103454132	ANA ROSA NEPOMUCENO FABIAN	X		X		Ana Rosa					X	
12	03104137785	MARIA PATRICIO GUZMAN	X		X		Maria					X	
13	03105567485	LORENZO MARTIN PEÑA		X		X	Lorenzo					X	
14	03105047793	MARIA DEL CARMEN SUERO CABRERA		X	X		Maria					X	
15	03101960171	JUANA JUSTINA UCETA VALERIO	X			X	Juana					X	
16	03100482060	JOSE LUIS VARGAS		X		X	Jose					X	
Total			12	4	11	5						Total	14

Observaciones:

Leyenda: F = Femenino, M = Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico ☐

Web ☐

Representante de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

INFOTEP
DIVISIÓN DE
REGISTRO Y ESTADÍSTICAS

26/7/24
FECHA DE ENTRADA

31/7/24
FECHA DE CIERRE

107
LIBRO

300
FOLIO

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa; Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa; Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Período.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cotejo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcará con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM /G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Coordinador / Encargado del Dpto.: El coordinador o el encargado responsable del departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado físico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcará con una X en el recuadro Web.

ANEXOS CAPACITACION CAMARISTA DE PISO

“Jueves 04/07/2024”



Nombre de la Actividad: HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitación Prevención de Accidentes

Área Responsable: División De Recursos Humanos

Fecha: 12/7/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒
Hora: 02:00PM a 04:30PM

Lugar/Plataforma: Salon De Capacitaciones Area Administrativa "Hospital Cabral y Baez"

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Mirtha Midesquez	F	031-0043566-2	Secret	Hoteles #15 Stgo	Mirtha G	mirtha.g.08-06
Yngel Oracio	F	031-00384233	Estadística	La Villa	Yngel	829 293 0809
Luz Gardenia Espinosa	F	031-03412324	Seguridad	Seguridad	Luz Gardenia	829-427-9608
Lorenzo Martín Ariza	M	031-0956748-5	Superv.	Recursos Humanos	Martín Ariza	829-522-5542
Clara María Rodríguez	F	031-0209775-9	Secretaría	Sabana Los Palomares	Clara Rodríguez	809-969-5397
Ana Larenta Casado	F	031-0504678-2	Secretaría	Salud mental	ACC	829-903-6565
Junio Shreiv Correo	M	402-2139839-5	AUX-ADM	CI. Demografía	Junio S.	829-656-7328
Wanda Socorro Cede	F	031-02791013	Comunicación	Comunicación	Wanda	829-7689588

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Maria del Carmen Pineda	F	031-05047793	Suplente	Positivo	Maria Pineda	829-580-3433
Ligues Rodriguez P.	F	051-09771211	Asistente	Administración	Ligues Rodriguez	849-343-1972
Laritzia Ramos	F	402-1834639-9	Aux. Contable	Contabilidad	Laritzia Ramos	809-250-1167
Veronica Hinojosa	F	407-7328406-4	Aux. Contable	Compras	Veronica Hinojosa	829-871-678
Ysabel M. Latorre	F	031-0053264-1	Ence	Histología	Ysabel M. Latorre	849-621-7003
Geny E. De Leon Medina	F	012-0103137-2	Secretaria	Cardiología No Invasiva	Geny E. De Leon Medina	829-866-4869
Carlos Hernández	M	045-020413-7	Ence	TIC	Carlos Hernández	829-703-8974
Franklin Rodriguez	M	402-2787689-4	Soporte	TIC	Franklin Rodriguez	829-481-5174
Maria Victoria Sosa	F	05400681127	Maltrato	Intervención	Maria Victoria Sosa	829-318-8133
Maria Reyes	F	031-02923178		Mayordomía	Maria Reyes	829-559-6554
Carlos Javier Acosta	M	402-4042020-1	Seguridad	Paquete	Carlos Javier Acosta	829-417-4432
Jose Luis Vargas	M	0310048206-0	Ence	Administración	Jose Luis Vargas	829-621-8089
Maria Patricia G	F	03104137785	Costurera	Costurera	Maria Patricia G	829-532-5538
Veronica M. Flete Gera	F	031-0519337-3	Secretaria	UCF	Veronica M. Flete Gera	849-912-0272
Lysa Termino	F	402-0960884	Secretaria	Hematología	Lysa Termino	829-928-1409
Maria Isabel Sentera	F	094-00207394	Entrenadora	Entrenadora	Maria Isabel Sentera	809-674-2817
Brigida Melendez						809-947-0101
Fisbah M. Permin	F	402-1309919-1	Antesala	Atención al usuario	Fisbah M. Permin	849-402-7272
Isbeth Hernandez	F	80220937780	Ence	Sociedad Campesina	Isbeth Hernandez	829-030059

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241007841

Nombre de la Acción de Capacitación: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL TRABAJO

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 29/07/2024

Fecha de Término: 29/07/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

Kotia Yanosky Piedra

9-4 pm

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
							29-7-24						
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
	40240420204	CARLOS JAVIER ACOSTA OSORIA		X	X		CARLOS					X	
	03100384233	YNGRID YESENIA ARACENA RODRIGUEZ	X		X		Yngrid					X	
	03105046282	ANA LORENZA CASADO CARABALLO	X		X		ANA Casado					X	
	03102791013	SOBEIDA SOCORRO CERDA	X		X		Sobeida					X	
	01201031372	GENNY ELIZABETH DE LEON MEDINA	X		X		Genny					X	
	03103412726	LUZ GARDENIA ESPINOSA MENDEZ	X		X		Luz					X	
	40213099191	LISBETH MIGUELINA FERMIN UREÑA	X		X		Lisbeth					X	
	40209608864	LYTSY YACHEYSI FERNANDEZ NUÑEZ	X		X		Lytsy					X	
	03105193373	VERONICA MARIA FLETE GARCIA	X		X		Veronica Flete					X	
0	03101175234	BRIGIDO GARCIA		X	X		Brigido					X	
1	03100435662	MIRTHA MERCEDES GUZMAN	X		X		Mirtha					X	
2	09500204137	CARLOS JOSE HERNANDEZ CRUZ		X		X	Carlos					X	
3	40220437780	LISBETH GAUDELIA HERNANDEZ PEÑA	X			X	Lisbeth					X	
4	40223284064	VERONICA LIRIANO CEBALLOS	X		X		Veronica Liriano					X	
5	03100532641	YSABEL MARTINEZ CABREJA	X			X	Ysabel					X	
6	03105543007	ELBA MARIA PARRA CASTILLO	X		X								X
7	03104137785	MARIA PATRICIO GUZMAN	X		X		Maria Patricia					X	
8	03105567485	LORENZO MARTIN PEÑA		X		X	Lorenzo					X	
9	40218346399	LARITZA ALTAGRACIA RAMOS RAMOS	X		X		Laritza					X	
0	03102923178	MARIA ANYOLINA REYES UCETA	X		X		Maria Anyolina					X	
1	40227876899	FRANKLIN RODRIGUEZ BRITO		X	X		Franklin					X	
2	03102097759	CLARA MARIA RODRIGUEZ DE LEON	X		X		Clara					X	
3	03104771211	ORQUIDEA DEL CARMEN RODRIGUEZ PEÑA	X		X		Orquidea					X	
4	03104848613	MARIEL YESENIA RODRIGUEZ REYES	X		X								X
5	05400681127	MARIA VICTORIA ROJAS	X		X		Maria Victoria					X	
6	09400207396	MARIA ISABEL SANTANA ALVAREZ	X		X		Maria					X	
7	40221398395	JUNIOR SILVERIO CIRIACO		X	X		Junior					X	
8	03105047793	MARIA DEL CARMEN SUERO CABRERA		X	X		Maria					X	
9	03100482060	JOSE LUIS VARGAS		X		X	José Luis					X	
Total			21	8	24	5						Total	27

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐



Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.

INFOTEP	
DIVISION DE REGISTRO Y ESTADISTICAS	
19/8/24	FECHA DE ENTRADA
30/8/24	FECHA DE CILFRE
409	LIBRO
AAVIA	FIRMA
357	FOLIO

ANEXOS CAPACITACION PREVENCION DE ACCIDENTE

“Viernes 12/07/2024”



Nombre de la Actividad: **HUJMCB3.2.1.1.01 Capacitacion Violencia De Genero**

Área Responsable: **Division De Recursos Humanos**

Fecha: **8/8/2024**

Modalidad de la Reunión: ☒ Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: **02:00PM a 04:30PM**

Lugar/Plataforma: **Salon De Capacitaciones Area Administrativa "Hospital Cabral y Baez"**

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Alberto F. Gómez Páez	M	115-001389-8	Presidente	Emergenciología	Alberto	albertogomez2599@hotmail.com
Norma Cabrera	F	047-01205744	Auxiliar	Cocina	Norma	809-838-5629
Yusnel R. Rodríguez	M	031-0302406-4	Compt	Mayordomía	Yusnel	829-696-7200
Shirley M. Lora	M	023-0156382	Medicab	Mensajería	Shirley	829-497-6762
José María Polanco Ruiz	F	402-2064515	Asistente de	Odonatología	José María	809-217-9557
Giselle Paulino	F	031-0107055-6	Secretaria	Cardiología	Giselle	809-324-0738
Margarita José Ruiz	F	031-02182127	Asistente de	Odonatología	Margarita	809-389-1230
Verónica M. Flite Gómez	F	031-0519357-3	Secretaria	VCI	Verónica	849-912-0272
Elena C.V. Mencia	F	031-04567395	Mayordomía	Mayordomía	Elena C.V.	829-945 6878
Sofía Martínez	M	402-3962515-1	Seguridad	Seguridad	Sofía	729-731-0581
Mario Patrino	F	03104137765	Castorosa	Castorosa	Mario P.G	829-532-6538
José Luis V. Lora	M	031004826	Enc	Jarandía	J.L.V	829 621 8089

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241009195

Nombre de la Acción de Capacitación: PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GENERO

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 08/08/2024

Fecha de Término: 08/08/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: SC

No.	Participantes		Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firma Asistencia de los Participantes					C	NC
1	03100384233	YNGRID YESENIA ARACENA RODRIGUEZ	X		X		Yngri Aracena					X	
2	03400425983	YOHANNA MARIA BARE	X		X		Yohanna Bare					X	
3	03102619289	RICARDO MARINO BETANCES LUNA		X		X	Ricardo B					X	
4	08700028791	MAXIMO BRITO RONDON		X		X	Maximo B					X	
5	04701205744	NORMA CABRERA ABREU	X		X		Norma					X	
6	40221455898	RAMON ANTONIO DE JESUS RODRIGUEZ		X	X		Ramon De J					X	
7	03105193373	VERONICA MARIA FLETE GARCIA	X		X		Veronica Flete					X	
8	03101175234	BRIGIDO GARCIA		X	X		Brigido					X	
9	11500013898	ALBERTO FELIX GOMEZ PEÑA		X	X		Alberto					X	
10	03102140690	PEDRO ARIEL HIRALDO		X	X		Pedro H					X	
11	40239625151	SERGIO MARTINEZ BONIFACIO		X	X		Sergio B					X	
12	15500042203	JOSE RAFAEL MARTINEZ TORRES		X	X		Jose Rafael					X	
13	03102182122	MARGARITA JOSEFA NUÑEZ RODRIGUEZ	X		X		Margarita					X	
14	03104137785	MARIA PATRICIO GUZMAN	X		X		Maria P					X	
15	03104070556	GISELLE PAULINO MOYA	X			X	Giselle Moya					X	
16	40220645150	JOSEFINA POLANCO NUÑEZ	X		X		Josefina					X	
17	03103054064	YUDELKA ROSARIO JIMENEZ	X		X		Yudelka					X	
18	02301563827	LUIS MANUEL SANTOS SANTANA		X		X	Luis M					X	
19	04600384673	ISAUL MARTIN TEJADA TORRES		X	X		Isaul T					X	
20	04600230967	WANDA UNICE UREÑA CABRERA	X		X		Wanda U					X	
21	03104567395	ELENA CAROLINA VALERIO MENCIA	X		X		Elena V					X	
22	03101252587	MERCEDES MARITZA VALERIO TAVAREZ	X		X		Mercedes V					X	
Total			12	10	18	4						Total	22

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica

Certificado: Físico ☐ Web ☐

Contraparte de la Empresa



Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(e) o Encargado(a) del Depto.

Instructivo de llenado del RT-07-PT-ONA-040

Código de la Acción de Capacitación: Se escribe el código de la acción formativa tal y como aparece en la programación.

Nombre de la Acción de Capacitación: Se escribe el nombre de la acción formativa.

Institución / Empresa: Se escribe el nombre de la Institución o Empresa que recibe la acción formativa.

Fecha de Inicio: Se escribe la fecha en que inicia la acción formativa; Ejemplo 09-12-14

Fecha de Término: Se escribe la fecha que termina la acción formativa; Ejemplo 13-12-14

Total Horas Instrucción: Se obtiene de la sumatoria de las horas instrucción ejecutadas por el Facilitador durante el Periodo.

Horas a pagar: Si este registro es reportado a nomina se colocaran las horas para el pago. De lo contrario no aplica, N/A

Participantes: Se escribe Número de Cédula o Pasaporte, los Nombres y Apellidos de cada participante.

Sexo: Se coloca una marca de cotejo en la columna de la F para el sexo femenino o en la de la M para el masculino.

Nivel: Si el participante es un Operario marcara con una X el recuadro que corresponda en la columna OP, si es un Mando Medio o Gerente, una X en el recuadro MM /G.

Fecha: Se escribe la fecha de ejecución de la sesión de entrenamiento o acción formativa.

Firma Asistencia Participantes: El participante firma en el recuadro correspondiente a la fecha de su asistencia. En caso de ausencia el facilitador tachará el espacio de la firma que corresponda.

Totales: Se coloca el No. total de Operarios, Mandos Medios o Gerentes que participaron en la acción formativa.

Resultado: Según cumplimiento de asistencia de los participantes, se colocará X en la columna que corresponda.

Totales: se coloca la cantidad de participantes que Califican y No Califican.

Observaciones: se escriben aquellas informaciones que sean relevantes.

Empresa: Se escribe el nombre y la firma de la contraparte de la empresa.

Facilitador: El facilitador que imparte la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Asesor: El Asesor responsable de la acción formativa firma en el espacio correspondiente.

Coordinador / Encargado del Dpto.: El coordinador o el encargado responsable del departamento firma en el espacio correspondiente.

Certificado: Se marcará con una X la opción deseada por la empresa, es decir, si quiere certificado fisico marcará recuadro correspondiente, y si lo quiere descargar de la Web marcara con una X en el recuadro Web.



ANEXOS CAPACITACION VIOLENCIA DE GENERO



Nombre de la Actividad: HRUJMCB3.2.1.1.01 Capacitacion Manejo Del Tiempo

Área Responsable: División De Recursos Humanos

Fecha: 20/8/2024

Modalidad de la Reunión: Virtual ☐ Presencial ☒

Hora: 02:00PM a 04:30PM

Lugar/Plataforma: Salon De Capacitaciones Area Administrativa "Hospital Cabral y Baez"

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
maria patricia G	F		Costura	Costura	maria p. G	829-5325538
Jesús A. Henríquez	M	402-1165474-0	Aux. Adm.	Recursos Humanos	J. H.	829-297-6849
José Luis Xirga	M	031-00418206-0	Enc.	Laboratorio	J. X.	8296218089
Agustín Rodríguez	F	031-04779211	Asst. Adm.	Administración	A. R.	8519353-1970
Chy Yuleta W. Villamor Reyes	F	031-056184-3	Auditoría Médica	Auditoría Médica	C. Y.	809-902-7919
Goldo Aguirre J	F	001-0934761-7	Aux. adm.	Call center Colaboración	G. A.	809-879-3849
Vianela Cabrera	F	031-04276336	Sec. Exp.	Reumatología	V. C.	829-579-1004
Jorge Lucero	M	402-21549823	Técnico	Electromedicina	J. L.	8492929300
Anibelku Alcantara	F	402-22044069	Aux. For.	Almacén	A. A.	849-864-7734
Jennyfer Castillo	F	031-04576249	Aux. adm.	Farmacia Central	J. C.	809-446-8144
Miguelina Cruz	F	031-03850800	Secretaría	Consultas Externas	M. C.	829-510-0822
Elisabel Estévez	F	031-03448795	Auxiliar	Admisión	E. E.	829-881-6695
Haidys Torres	F	031-04508788	Auxiliar	Admisión	H. T.	809-880-1068
Yvelinda Labrada	F	03100369523	Auxiliar	Admisión	Y. L.	8098793933
Francisco Javier G. R.	M	03200368672	técnico	Computos	F. G.	809-343-0840
José Luis Bellán	M	225-00803865	Auxiliar	Farmacología	J. B.	249-266-7885

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

1 | Página





REPORTE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040
Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241009196

Nombre de la Acción de Capacitación: MANEJO EFECTIVO DEL TIEMPO

Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL DR JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Fecha de Inicio: 20/08/2024

Fecha de Término: 20/08/2024

Total Horas Programadas: 8

A Pagar: 8

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo		Nivel		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	20/8/2024					C	NC
1	40222084069	ANIBELKA ALCANTARA DIAZ	X		X		Anibelka					X	
2	03100369523	ENELCIDA CABRERA	X		X		Enelcida					X	
3	03104276336	VIENELA DE LOURDES CABRERA VENTURA	X		X		Vienela					X	
4	03104576248	JANNERY YENIFER CASTILLO CASTILLO	X		X		A						X
5	03103850800	MIGUELINA MERCEDES CRUZ LUNA	X		X		Miguelina					X	
6	40236939431	GARIBALDY DIAZ		X	X		A						X
7	03103448795	ELIZABETH ESTEVEZ TORRES	X		X		Elizabeth					X	
8	00109347617	YILDA ALEXANDRA GARCIA DOMINGUEZ	X			X	Yilda					X	
9	03200368672	FRANCISCO JAVIER GOMEZ RODRIGUEZ		X	X		Francisco					X	
10	40211654740	JESUS ANTONIO HENRIQUEZ CABRERA		X	X		Jesús					X	
11	03104137785	MARIA PATRICIO GUZMAN	X		X		Maria P					X	
12	40243018591	ANTONIO DANIEL PLACENCIA BATISTA		X	X		A						X
13	03102851783	JUAN CARLOS QUEZADA		X	X		Juan C					X	
14	03104771211	ORQUIDEA DEL CARMEN RODRIGUEZ PEÑA	X		X		Orquidea					X	
15	03105572766	JONATHAN CRISTINO SOSA NUÑEZ		X		X	A						X
16	03104508738	YAHAIRA DEL CARMEN TAVAREZ GONZALEZ	X		X		Yahaira					X	
17	22500803865	JOEL VELOZ BELLARD		X	X		Joel					X	
18	03105151843	ONY YUDELIN WILLMORE REYES	X		X		Ony					X	
Total			11	7	16	2						14	4

Observaciones:

Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica

N/C = No califica

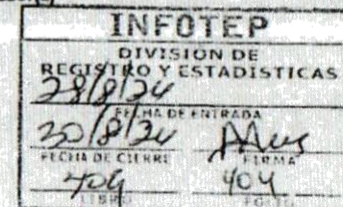
Certificado: Físico ☐ Web ☐

Contratante de la Empresa

Facilitador(a)

Asesor(a)

Coordinador(a) o Encargado(a) del Depto.





REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

RT-07-PT-ONA-040:2023

Edición 8

Código de la Acción de Capacitación: 20241029196
Nombre de la Acción de Capacitación: Manejo de Emergencias del Transporte
Institución/ Empresa: Hospital Regional Dr. José María Cabral
Facilitador(a): Hilda Cruz

Fecha de inicio: 20/8/2024
Fecha de término: 20/8/2024
Horario: 8:00 Am - 4:00 PM
Total Horas Programadas: 8 A pagar 8

PARTICIPANTES			SEXO		NIVEL	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Resultado		
No	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	F	M	OP	MM/G	Firmas asistencias de los participantes					C	N/C
1	0710048206-0	José Luis Viera	X		X	X	J. L. Viera					X	
2	40221544823	Jorge Pizarro	X	X			Jorge Pizarro					X	
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
Totales				2	1	1						2	

Legendas:

F= Femenino, M= Masculino, OP= Operario, MM= Mandos Medios, G= Gerente, Resultado: C= Califica N/C= No califica

Certificado Físico ☐ Web ☐

OBSERVACIONES:



Facilitador(a)

Asesor(a)

Encargado(a) de División o Depto.

ANEXOS CAPACITACION MANEJO DEL TIEMPO

